

PR3-ANCA 陰性、MPO-ANCA 陽性の多発血管炎性肉芽腫症の1例

秋田赤十字病院 呼吸器内科¹⁾、同 腎臓内科²⁾、秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学³⁾

○齋藤 晋太郎¹⁾、小高 英達¹⁾、長谷川 幸保¹⁾、守田 亮¹⁾、吉川 晴夫¹⁾、黒川 博一¹⁾、畠山 卓²⁾、伊藤 宏³⁾

【症例】77歳、女性
【主訴】発熱
【現病歴】2013年に近医耳鼻科で中耳炎の治療を受けていた。2014年月頃から鼻閉の症状あり。9月中旬からは咳嗽とともに38℃台の発熱が続き、当院内科に入院。全身CTで肺病を疑われる所見あり、当科に紹介。症状の経過からは多発血管炎性肉芽腫症が疑われたが、PR3-ANCA は陰性でMPO-ANCA は159U/mlと陽性であった。しかし、主要症状の3項目以上を示すこと、腎生検での壊死性血管炎の所見などから全身性多発血管炎性肉芽腫症と診断した。CY 50mg/day とPSL 40mg/day で寛解導入療法開始。症状改善とともに肺病変も吸収され、これまでは比較的良好な経過をとっている。
【考察】多発血管炎性肉芽腫症におけるMPO-ANCA 陽性率は5～10%と言われている。本邦の肺病変を伴うPR3-ANCA 陰性の多発血管炎性肉芽腫症19例のうちMPO-ANCA 陽性が明らかなものは4例（うち2例は全身型）との報告がある。本例のようなPR3-ANCA 陰性、MPO-ANCA 陽性は予後良好と推する見方もあるが、報告も少ないため、さらなる症例の蓄積が必要である。

侵襲性髄膜炎感染症による敗血症性ショックの一例

熊本赤十字病院 総合内科

○服部 裕介¹⁾、早野 聡史¹⁾、前川 愛¹⁾、加島 雅之¹⁾、上木原 宗一¹⁾

【症例】40代女性。混合性結合組織病に対して、メチルプレドニゾロン6mg/日 内服中。当日よりの39度の発熱・嘔吐・意識障害にて当院救急外来を受診した。来院時、血圧70/30mmHg、心拍数110回/分とショックバイタルであり、EGDT (Early Goal-Directed Therapy) に則り初期治療を開始した。熱源不明であり、ステロイドカバーを行いながらABPC/SBT の投与を行い、速やかに全身状態の改善を認めた。入院時の血液培養より髄膜炎菌 (*Neisseria meningitidis*) が同定された。腰椎穿刺では髄液検査異常は認めず、同菌の一次性菌血症による敗血症性ショックと診断した。同定日より患者の個室隔離による飛沫感染対策・スタンダードプリコーションによる接触感染対策を行った。また、家族・医療従事者などの接触者にはAZM 予防内服を行い、二次感染はその後とも認めなかった。経過良好であり、第21病日に自宅退院となった。
【考察】髄膜炎菌感染症は世界的にはアフリカ大陸を中心に年間50万人程度の感染例・10万人程度の死亡例が報告されている疾患である。日本においては、終戦後より激減し、年間10例程度が報告される5類感染症である。臨床病型としては、髄膜炎・敗血症・肺炎などが報告されており、侵襲性感染症は速やかに治療開始しなければ予後不良となる。また、髄膜炎菌は飛沫感染で伝播し、家族・医療従事者など接触者における髄膜炎菌罹患率は一般集団の罹患率の500～800倍であり、適切な二次予防対策が重要である。今回、私たちは侵襲性髄膜炎菌感染症による敗血症性ショックの症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

0-2-21 上気道炎症状から重症再生不良性貧血の診断に至った1例

熊本赤十字病院¹⁾、同 総合内科²⁾、同 腫瘍内科³⁾

○石蔵 宏典¹⁾、濱之上 哲²⁾、前田 花佳²⁾、遠山 由貴²⁾、大戸 雅史³⁾、上木原 宗一²⁾、吉田 稔³⁾

症例は23歳男性。X-1日から38度台の発熱、咽頭痛が出現。X 日には顔面や頸部に皮下出血が出現したため外来を受診した。当初、ウイルス性上気道炎を疑ったが、出血傾向を伴っており血液検査の結果汎血球減少 (白血球：990/ μ L 赤血球：405万/ μ L 血小板：0.4万/L) を認め緊急入院となった。骨髓は低形成で、その他の造血不全を来す疾患が否定的であることから再生不良性貧血と診断。病型は最重症型で40歳未満であるため骨髓移植を第一選択とした。入院後は血球減少と感染症をコントロールし、赤血球及び血小板の投与と広域抗生剤の投与を行った。好中球減少に対してG-CSF の投与を行い好中球500/ μ L 以上を維持した。広域抗生剤の開始後も解熱せず第3病日に抗真菌薬を追加した結果、第14病日に解熱した。同胞2人のHLA を検索の結果次女のHLA が一致したため、同種骨髓移植を行う方針となり第20病日に骨髓移植目的で他院へ転院となった。再生不良性貧血の重症型は、若年者においては骨髓移植が最良の治療法であり、移植を行うことができれば9割で長期生存が望める。移植を行う前に出血や感染症により致命的とならないような適切な支持療法が重要である。本例はウイルス性上気道炎を疑ったが最終的に好中球減少性発熱と判明した。好中球減少性発熱は咽頭痛を主訴に受診するケースも多い。よって軽微な感染症が疑われる症例でも血球減少を示唆する身体所見を見逃すことなく診療することが重要と考えられる。

0-2-22 十二指腸狭窄を契機に発見された膵十二指腸動脈瘤の一例

長岡赤十字病院

○仲村 亮宏¹⁾、木村 成宏¹⁾、上田 宗胤¹⁾、星 隆洋¹⁾、高野 明人¹⁾、吉川 成一¹⁾、山田 聡志¹⁾、三浦 努¹⁾、柳 雅彦¹⁾、高木 聡¹⁾、平原 浩幸¹⁾、谷 達夫¹⁾

【緒言】十二指腸狭窄を契機に発見された膵十二指腸動脈瘤破裂の一例を報告する。
【症例】52歳、男性。上腹部の持続する痛みを自覚し受診した。上部消化管内視鏡 (EGD) を施行し、下十二指腸角に全周性の狭窄と粘膜の黒色変化を認め、十二指腸壁外病変による圧排が疑われた。造影CT 検査では、膵鉤部後面に後腹膜腫瘍を伴う動脈瘤を認めた。また、腹腔動脈の解離と総肝動脈起始部が閉塞も認められ、総肝動脈閉塞により膵十二指腸動脈の圧が上昇した結果、既存の動脈瘤が破裂し、血腫と動脈瘤の圧排により十二指腸狭窄が生じたと考えられた。
【入院経過】血圧の安定化をはかった後に、シアノアクリレートを用いた経カテーテルの動脈塞栓術 (TAE) を施行した。治療後に腹痛は軽快し、14日後のEGD で十二指腸の壁外からの圧排の改善を確認し退院した。
【結語】膵十二指腸動脈瘤の破裂による十二指腸狭窄は比較的良好な病態であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

0-2-23 十二指腸 GIST の1例

伊勢赤十字病院 外科

○大阪 優¹⁾、山岸 農¹⁾、中川 勇希¹⁾、増田 穂高¹⁾、坂口 友之¹⁾、田村 佳久¹⁾、熊本 幸司¹⁾、藤井 幸治¹⁾、松本 英一¹⁾、高橋 幸二¹⁾、宮原 成樹¹⁾、楠田 司¹⁾

症例は30代女性、1週間続く黒色便を主訴に近医受診、精査予定であった。来院当日左下腹部痛、息切れ、倦怠感が出現し、当院救急外来へ救急搬送された。来院時血液検査でHgb6.5と著明な貧血を認め、同日当院内科入院となった。入院後のGIF で十二指腸水平脚に頂上に潰瘍を伴う3cmの粘膜下腫瘍を認め、生検でc-kit 陽性でGIST と診断された。EUS では内部不均一で一部壊死を疑う無エコー領域を認めた。脾臓にも近接していた。十二指腸 GIST の診断にて開腹術施行。上腹部正中切開にて開腹。Kocher 授動したところ十二指腸水平脚後壁に内腔突出型の腫瘍を認め、十二指腸局所切除を行った。空腸起始部から20cmの空腸を切除し、挙上。挙上空腸と十二指腸壁欠損部を側側吻合、空腸空腸端側吻合も行い、Roux-en-Y 再建を行った。切除した腫瘍は3.1cmで、術後病理診断でも紡錘形細胞の増殖を認め、c-kit 陽性、CD34 陽性でGIST と診断された。Fletcher 分類、Miettinen 分類で共にlow risk と診断された。

0-2-24 絞扼性イレウスと短腸症候群の4症例

熊本赤十字病院

○谷 直樹¹⁾、金田 明大¹⁾、木村 有¹⁾、林 亨治¹⁾、横溝 博¹⁾、平田 稔彦¹⁾

【はじめに】短腸症候群は小腸広範切除のために吸収面積が減少し、各種栄養素の吸収が阻害されることで生じる。診断は残存小腸が成人で150cm 以下とされており、30cm あれば経腸栄養は可能、60cm あれば経口摂取も可能と言われている。また回盲弁を切除することによる大腸内容逆流に伴う感染のリスクが増加することで予後に悪影響を及ぼすという報告もある。当院に絞扼性イレウスにより短腸症候群をきたした4例について報告する。
【症例】症例1. 47歳男性、小腸大量切除術によりTriezt 嚢帯より40cmの空腸が残存し、空腸人工肛門を造設した。術後よりTPN を行い、術後2年で経腸栄養は可能であった。術後5年後に死亡した。症例2. 80歳男性、小腸大量切除によりTriezt 嚢帯より80cmの空腸と回盲部より10cmの回腸が残存。回盲弁は温存された。術後TPN から開始し、徐々に経口栄養摂取を行うことで、嘔吐や下痢はなく経過した。術後2年後生存を確認している。症例3. 73歳男性、Triezt 嚢帯から35cmの空腸と回盲部より70cmの空腸が残存。回盲弁は温存された。術後から経口栄養摂取とし、下痢などなく経過している。術後12年後に生存確認した。症例4. 43歳女性、下行結腸癌の卵巣転移に対して卵巣腫瘍摘出と下行結腸部分切除の既往あり。播種性転移による腸管の癒着で生じた絞扼性イレウスに対し大量小腸切除を施行しTriezt 嚢帯より150cmの空腸で人工肛門を造設した。術後は経口摂取可能であったが、半年後に原疾患増悪により死亡した。
【まとめ】SMA 血栓症と異なり、絞扼性イレウスに対して小腸切除術を施行された患者の残存小腸は全て30cm 以上で経腸栄養もしくは経口栄養摂取が可能と考えられる。回盲弁は温存されており、また小腸人工肛門であっても大腸内容逆流による感染のリスクは低く、比較的長期的な予後が見込めると考えられた。

一般演題・口演
10月15日(木)